

# 民事起诉状

## ( 机动车交通事故责任纠纷 )

<p><b>说明:</b></p> <p>为了方便您更好地参加诉讼,保护您的合法权利,请填写本表。</p> <p>1. 起诉时需向人民法院提交证明您身份的材料,如身份证复印件、营业执照复印件等。</p> <p>2. 本表所列内容是您提起诉讼以及人民法院查明案件事实所需,请务必如实填写。</p> <p>3. 本表有些内容可能与您的案件无关,您认为与案件无关的项目可以填“无”或不填;对于本表中勾选项可以在对应项打“√”;您认为另有重要内容需要列明的,可以在本表尾部或者另附页填写。</p> <p>★特别提示★</p> <p>《中华人民共和国民事诉讼法》第十三条第一款规定:“民事诉讼应当遵循诚信原则。”</p> <p>如果诉讼参加人违反上述规定,进行虚假诉讼、恶意诉讼,人民法院将视违法情形依法追究</p> <p>责任。</p>	
<b>当事人信息</b>	
原告(自然人)	<p>姓名:</p> <p>性别: 男<input type="checkbox"/> 女<input type="checkbox"/></p> <p>出生日期:      年      月      日</p> <p>民族:</p> <p>工作单位:                      职务:                      联系电话:</p> <p>住所地(户籍所在地):</p> <p>经常居住地:</p>
原告(法人、非法人组织)	<p>名称:</p> <p>住所地(主要办事机构所在地):</p> <p>注册地/登记地:</p> <p>法定代表人/主要负责人:                      职务:                      联系电话:</p> <p>统一社会信用代码:</p> <p>类型: 有限责任公司<input type="checkbox"/> 股份有限公司<input type="checkbox"/> 上市公司<input type="checkbox"/> 其他企业法人<input type="checkbox"/></p> <p>          事业单位<input type="checkbox"/> 社会团体<input type="checkbox"/> 基金会<input type="checkbox"/> 社会服务机构<input type="checkbox"/></p> <p>          机关法人<input type="checkbox"/> 农村集体经济组织法人<input type="checkbox"/> 城镇农村的合作经济组织法人<input type="checkbox"/></p> <p>          基层群众性自治组织法人<input type="checkbox"/></p> <p>          个人独资企业<input type="checkbox"/> 合伙企业<input type="checkbox"/> 不具有法人资格的专业服务机构<input type="checkbox"/></p> <p>          国有<input type="checkbox"/> (控股<input type="checkbox"/> 参股<input type="checkbox"/> ) 民营<input type="checkbox"/></p>
委托诉讼代理人	<p>有<input type="checkbox"/></p> <p>姓名:</p> <p>单位:                      职务:                      联系电话:</p> <p>代理权限: 一般授权<input type="checkbox"/> 特别授权<input type="checkbox"/></p> <p>无<input type="checkbox"/></p>
送达地址(所填信息除书面特别声明更改外,适用于案件一审、二审、再审所有后续程序)及收件人、电话	<p>地址:</p> <p>收件人:</p> <p>电话:</p>

是否接受电子送达	是 <input type="checkbox"/> 方式：短信 _____ 微信 _____ 传真 _____ 邮箱 _____ 其他 _____ 否 <input type="checkbox"/>
被告（保险公司或其他法人、非法人组织）	名称： 住所地（主要办事机构所在地）： 注册地/登记地： 法定代表人/主要负责人：                      职务：                      联系电话： 统一社会信用代码： 类型：有限责任公司 <input type="checkbox"/> 股份有限公司 <input type="checkbox"/> 上市公司 <input type="checkbox"/> 其他企业法人 <input type="checkbox"/> 事业单位 <input type="checkbox"/> 社会团体 <input type="checkbox"/> 基金会 <input type="checkbox"/> 社会服务机构 <input type="checkbox"/> 机关法人 <input type="checkbox"/> 农村集体经济组织法人 <input type="checkbox"/> 城镇农村的合作经济组织法人 <input type="checkbox"/> 基层群众性自治组织法人 <input type="checkbox"/> 个人独资企业 <input type="checkbox"/> 合伙企业 <input type="checkbox"/> 不具有法人资格的专业服务机构 <input type="checkbox"/> 国有 <input type="checkbox"/> （控股 <input type="checkbox"/> 参股 <input type="checkbox"/> ）民营 <input type="checkbox"/>
被告（自然人）	姓名： 性别：男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 出生日期：        年        月        日 民族： 工作单位：                      职务：                      联系电话： 住所地（户籍所在地）： 经常居住地：
第三人（法人、非法人组织）	名称： 住所地（主要办事机构所在地）： 注册地/登记地： 法定代表人/主要负责人：                      职务：                      联系电话： 统一社会信用代码： 类型：有限责任公司 <input type="checkbox"/> 股份有限公司 <input type="checkbox"/> 上市公司 <input type="checkbox"/> 其他企业法人 <input type="checkbox"/> 事业单位 <input type="checkbox"/> 社会团体 <input type="checkbox"/> 基金会 <input type="checkbox"/> 社会服务机构 <input type="checkbox"/> 机关法人 <input type="checkbox"/> 农村集体经济组织法人 <input type="checkbox"/> 城镇农村的合作经济组织法人 <input type="checkbox"/> 基层群众性自治组织法人 <input type="checkbox"/> 个人独资企业 <input type="checkbox"/> 合伙企业 <input type="checkbox"/> 不具有法人资格的专业服务机构 <input type="checkbox"/> 国有 <input type="checkbox"/> （控股 <input type="checkbox"/> 参股 <input type="checkbox"/> ）民营 <input type="checkbox"/>
第三人（自然人）	姓名： 性别：男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 出生日期：        年        月        日 民族： 工作单位：        职务：        联系电话： 住所地（户籍所在地）： 经常居住地：
<b>诉讼请求和依据</b>	
1. 医疗费	年 月 日至 年 月 日期间在 医院住院（门诊）治疗，累计发生医疗费 元 医疗费发票、医疗费清单、病例资料：有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>

2. 护理费	住院护理 天支付护理费 元 (或护理人员发生误工费 元), 或遵医嘱 短期护理发生护理费 元 住院证明、医嘱等: 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
3. 营养费	营养费 元 病例资料: 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
4. 住院伙食补助费	住院伙食补助费 元 病例资料: 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
5. 误工费	年 月 日至 年 月 日误工费 元
6. 交通费	交通费 元 交通费凭证: 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
7. 残疾赔偿金	残疾赔偿金 元
8. 残疾辅助器具费	残疾辅助器具费 元
9. 死亡赔偿金、丧葬费	死亡赔偿金 元, 丧葬费 元
10. 精神损害赔偿金	精神损害赔偿金 元
11. 其他费用	主张 费用 元
<b>事实和理由</b>	
1. 交通事故发生情况	
2. 交通事故责任认定	
3. 机动车投保情况	
4. 其他情况及法律依据	
5. 证据清单 (可另附页)	

**具状人 (签字、盖章):**  
**日期:**

## 实例

# 民事起诉状

## ( 机动车交通事故责任纠纷 )

<b>说明:</b> 为了方便您更好地参加诉讼,保护您的合法权利,请填写本表。 1. 起诉时需向人民法院提交证明您身份的材料,如身份证复印件、营业执照复印件等。 2. 本表所列内容是您提起诉讼以及人民法院查明案件事实所需,请务必如实填写。 3. 本表有些内容可能与您的案件无关,您认为与案件无关的项目可以填“无”或不填;对于本表中勾选项可以在对应项打“√”;您认为另有重要内容需要列明的,可以在本表尾部或者另附页填写。 ★特别提示★ 《中华人民共和国民事诉讼法》第十三条第一款规定:“民事诉讼应当遵循诚信原则。” 如果诉讼参加人违反上述规定,进行虚假诉讼、恶意诉讼,人民法院将视违法情形依法追究 责任。	
<b>当事人信息</b>	
原告(自然人)	姓名:张三(以下据实填写) 性别:男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 出生日期:     年     月     日 民族: 工作单位:                      职务:                      联系电话: 住所地(户籍所在地): 经常居住地:
原告(法人、非法人组织)	名称: 住所地(主要办事机构所在地): 注册地/登记地: 法定代表人/主要负责人:                      职务:                      联系电话: 统一社会信用代码: 类型: 有限责任公司 <input type="checkbox"/> 股份有限公司 <input type="checkbox"/> 上市公司 <input type="checkbox"/> 其他企业法人 <input type="checkbox"/> 事业单位 <input type="checkbox"/> 社会团体 <input type="checkbox"/> 基金会 <input type="checkbox"/> 社会服务机构 <input type="checkbox"/> 机关法人 <input type="checkbox"/> 农村集体经济组织法人 <input type="checkbox"/> 城镇农村的合作经济组织法 人 <input type="checkbox"/> 基层群众性自治组织法人 <input type="checkbox"/> 个人独资企业 <input type="checkbox"/> 合伙企业 <input type="checkbox"/> 不具有法人资格的专业服务机构 <input type="checkbox"/> 国有 <input type="checkbox"/> (控股 <input type="checkbox"/> 参股 <input type="checkbox"/> ) 民营 <input type="checkbox"/>
委托诉讼代理人	有 <input type="checkbox"/> 姓名: 单位:                      职务:                      联系电话: 代理权限: 一般授权 <input type="checkbox"/> 特别授权 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
送达地址(所填信息除书面特别声明更改外,适用于案件一审、 二审、再审所有后续程序)及收 件人、电话	地址: 收件人: 电话:

是否接受电子送达	是 <input type="checkbox"/> 方式：短信 _____ 微信 _____ 传真 _____ 邮箱 _____ 其他 _____ 否 <input type="checkbox"/>
被告（保险公司或其他法人、非法人组织）	名称：某保险公司（以下据实填写） 住所地（主要办事机构所在地）： 注册地/登记地： 法定代表人/主要负责人：                      职务：                      联系电话： 统一社会信用代码： 类型：有限责任公司 <input type="checkbox"/> 股份有限公司 <input type="checkbox"/> 上市公司 <input type="checkbox"/> 其他企业法人 <input type="checkbox"/> 事业单位 <input type="checkbox"/> 社会团体 <input type="checkbox"/> 基金会 <input type="checkbox"/> 社会服务机构 <input type="checkbox"/> 机关法人 <input type="checkbox"/> 农村集体经济组织法人 <input type="checkbox"/> 城镇农村的合作经济组织法人 <input type="checkbox"/> 基层群众性自治组织法人 <input type="checkbox"/> 个人独资企业 <input type="checkbox"/> 合伙企业 <input type="checkbox"/> 不具有法人资格的专业服务机构 <input type="checkbox"/> 国有 <input type="checkbox"/> （控股 <input type="checkbox"/> 参股 <input type="checkbox"/> ）民营 <input type="checkbox"/>
被告（自然人）	姓名： 性别：男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 出生日期：        年        月        日 民族： 工作单位：                      职务：                      联系电话： 住所地（户籍所在地）： 经常居住地：
第三人（法人、非法人组织）	名称： 住所地（主要办事机构所在地）： 注册地/登记地： 法定代表人/主要负责人：                      职务：                      联系电话： 统一社会信用代码： 类型：有限责任公司 <input type="checkbox"/> 股份有限公司 <input type="checkbox"/> 上市公司 <input type="checkbox"/> 其他企业法人 <input type="checkbox"/> 事业单位 <input type="checkbox"/> 社会团体 <input type="checkbox"/> 基金会 <input type="checkbox"/> 社会服务机构 <input type="checkbox"/> 机关法人 <input type="checkbox"/> 农村集体经济组织法人 <input type="checkbox"/> 城镇农村的合作经济组织法人 <input type="checkbox"/> 基层群众性自治组织法人 <input type="checkbox"/> 个人独资企业 <input type="checkbox"/> 合伙企业 <input type="checkbox"/> 不具有法人资格的专业服务机构 <input type="checkbox"/> 国有 <input type="checkbox"/> （控股 <input type="checkbox"/> 参股 <input type="checkbox"/> ）民营 <input type="checkbox"/>
第三人（自然人）	姓名： 性别：男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 出生日期：        年        月        日 民族： 工作单位：                      职务：                      联系电话： 住所地（户籍所在地）： 经常居住地：
<b>诉讼请求和依据</b>	
1. 医疗费 5 万元（以下据实填写）	年 月 日至 年 月 日期间在        医院住院（门诊）治疗，累计发生医疗费        元 医疗费发票、医疗费清单、病例资料：有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>

2. 护理费	住院护理 天支付护理费 元 (或护理人员发生误工费 元), 或遵医嘱 短期护理发生护理费 元 住院证明、医嘱等: 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
3. 营养费	营养费 元 病例资料: 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
4. 住院伙食补助费	住院伙食补助费 元 病例资料: 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
5. 误工费	年 月 日至 年 月 日误工费 元
6. 交通费	交通费 元 交通费凭证: 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
7. 残疾赔偿金	残疾赔偿金 元
8. 残疾辅助器具费	残疾辅助器具费 元
9. 死亡赔偿金、丧葬费	死亡赔偿金 元, 丧葬费 元
10. 精神损害赔偿金	精神损害赔偿金 元
11. 其他费用	主张 费用 元
<b>事实和理由</b>	
1. 交通事故发生情况	××年××月××日×× 时××分在×× (事故发生地点), 被告驾驶的车牌号为×× 的车辆与原告 (或驾驶车牌号为××车辆) 发生交通事故, 导致原告受伤 (或车辆、财物受损)
2. 交通事故责任认定	本次事故经×× 警察大队出具××号道路交通事故认定书, 认定在本次事故中原告负×× 责任、被告负×× 责任
3. 机动车投保情况	被告驾驶车牌号为××的车辆在被告××保险公司投保保险, 其中, 交强险××元, 期限自××年××月××日起至××年××月××日止; 第三者责任险××元, 期限自××年××月××日起至××年××月××日止。
4. 其他情况及法律依据	原告经济损失如上, 被告是否涉嫌刑事犯罪, 是否被采取强制措施或羁押地点, 是否采取保全措施等。
5. 证据清单 (可另附页)	

**具状人 (签字、盖章):**  
**日期:**